

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 33

LES
PARALYSIES POST-PARTUM

DU
NERF SCIATIQUE POPLITÉ EXTERNE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 11 décembre 1931

PAR

Léopold-Théodore MARY

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à SAINT-MÉARD-DE-GURÇON (Dordogne), le 12 février 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur.....	Président.
		BÉGOUIN, professeur	Juges.
		CHARRIER, agrégé	
		RIVIÈRE, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 33

LES

PARALYSIES POST-PARTUM

DU

NERF SCIATIQUE POPLITÉ EXTERNE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 11 décembre 1931

PAR

Léopold-Théodore MARY

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à SAINT-MÉARD-DE-GURÇON (Dordogne), le 12 février 1906.

Examineurs de la Thèse

{	MM. ANDÉRODIAS, professeur....	Président.
	BÉGOVIN, professeur	Juges.
	CHARRIER, agrégé	
	RIVIÈRE, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS, AUCHÉ

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique médicale..... MAURIAC.	Zoologie et parasitologie..... MANDOUL.
id..... CASSAET.	Médecine expérimentale..... DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale..... CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique..... TEULIÈRES.
id..... BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.. ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales... CARLES.	Clinique gynécologique..... GUYOT.
Clinique d'accouchements..... ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.. CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique. SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale..... DELAUNAY.
Anatomie..... VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique... SIGALAS.
Anatomie générale et histologie..... G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques. BONNIN.
Physiologie..... PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques. PETGES.
Hygiène..... LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires. DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie..... LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales. ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médie. RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie..... PORTMANN.
Chimie..... CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée..... LABAT.
Botanique et matière médicale..... BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.. SELLIER.
Pharmacie..... DUPOUY.	

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie..... DUBECQ.	Chirurgie générale..... PAPIN.
id..... DUFOUR.	id..... JEANNENEY.
Physiologie..... FABRE.	id..... CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles..... R. SIGALAS.	id..... LOUBAT.
Médecine générale..... CREYX.	Obstétrique..... PERY.
id..... AUBERTIN.	id..... RIVIÈRE.
id..... DAMADE.	Ophthalmologie..... BEAUVIEUX.
id..... PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie..... JOULIA.
id..... DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie. VITTE
Maladies mentales..... PERRENS.	

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Clinique dentaire..... CAVALIÉ.	Puériculture..... FAUGÈRE.
Médecine opératoire..... PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.. GOLSE.
Accouchements..... RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie..... R. SIGALAS.
Ophtalmologie..... CABANNES.	

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidenté du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MA FEMME

A MON FRERE
LE DOCTEUR P. MARY.

A MON ONCLE
LE CHANOINE DE NICOLAS DU PLANTIER

A MON ONCLE
LE DOCTEUR DE NICOLAS DU PLANTIER

MEIS ET AMICIS

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE ANNEXE DE MEDECINE
NAVALE DE ROCHEFORT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CASSAËT

*Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR E. LEURET

*Professeur d'hygiène,
Médecin des Hôpitaux,
Médecin-chef du Sanatorium de Feuillas,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. BALARD

Accoucheur des Hôpitaux.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de santé
de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF MIRGUET

*Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. ANDERODIAS

*Professeur de Clinique d'accouchements,
Accoucheur des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études médicales, nous avons un bien agréable devoir à remplir : celui de témoigner notre reconnaissance à ceux qui nous ont formé par leurs exemples, leurs bons conseils et leur enseignement.

Reconnaissance envers notre mère, qui, dès notre jeune âge, a su former notre esprit, et nous montrer toujours le bon chemin, et grâce à qui nous avons pu parcourir nos longues études.

Notre reconnaissance ne sera jamais assez grande.

Nous adressons un remerciement tout spécial à nos Professeurs de l'Ecole annexe de Médecine navale de Rochefort. Ce furent eux qui guidèrent nos premiers pas dans la médecine; ils le firent avec bienveillance et dévouement.

Nos maîtres de la Faculté de médecine de Bordeaux ont su nous donner par leur enseignement le meilleur d'eux-mêmes : le fruit de leur expérience et de leur intelligence, voulant faire de nous un clinicien.

Plus tard, quand nous serons dans l'embarras, c'est dans le souvenir de leur enseignement que nous puiserons du secours.

Nous remercions tout particulièrement M. le Professeur Andérodias, qui a bien voulu nous faire le grand honneur d'être notre président de thèse.

Auprès de lui, nous avons toujours trouvé le meilleur accueil et les conseils les plus sûrs.

Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse et bien vive reconnaissance.

LES PARALYSIES POST PARTUM

DU
NERF SCIATIQUE POPLITÉ EXTERNE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La paralysie des membres inférieurs après l'accouchement n'est pas un fait d'observation récente. Depuis Hippocrate la chose était connue.

Si, depuis ces temps reculés, les auteurs étaient d'accord pour reconnaître la rareté de ces troubles, les opinions ont bien évolué jusqu'à nos jours pour en déterminer la cause.

La première explication de ces faits, d'origine hippocratique, était basée sur des phénomènes humoraux dus à la rétention des lochies.

Puis Puzos invoqua les métastases laiteuses, théorie qui fut en vogue jusqu'au début du XIX^e siècle.

Il est à noter que ce sont là les mêmes causes pathogéniques invoquées par ces auteurs pour expliquer l'infection puerpérale.

Imbert Gaubeyre (1830) cherche à expliquer la presque totalité des paralysies *post partum* par l'albuminurie ou

l'urémie. A la même époque, Churchill cherche à expliquer ces faits par une action réflexe; il dit : « La paralysie puerpérale peut être le résultat d'une action réflexe. » Et plus loin : « Je ne doute pas, comme le fait remarquer le docteur Romberg, que, dans beaucoup de cas, et surtout dans ceux qui compliquent la grossesse, la paralysie ne soit due à quelque action réflexe ayant son origine dans un organe malade même éloigné. Le système nerveux serait l'agent de transmission, sans qu'il y ait lésion des centres, la cause occasionnelle pouvant être un état morbide passager ou simplement un état d'excitation passagère tel que celui produit par la grossesse.

Jacoud, lui, explique les faits par l'anémie, soit chloro-anémie de la grossesse, soit anémie consécutive à une hémorragie de la délivrance.

On invoqua aussi comme cause l'obstacle à la circulation par l'état de grossesse, sans parler des paralysies par lésion du cerveau, de la moelle, d'origine hystérique ou rhumatismale.

Les docteurs Campbelle et F. Ramsbatham accusent la compression de provoquer les paralysies *post partum*.

Jacquemier dans son *Traité des accouchements* (t. II, page 599), dit : « On observe chez les nouvelles accouchées, malgré le silence de la plupart des auteurs, assez souvent des effets de compression ou de contusion sur le trajet des nerfs sciatique et sous-pubien. J'en ai observé pour ma part plusieurs cas. L'accident se présente tantôt sous la forme d'une névralgie ou d'une névrite. Les rameaux cutanés de la jambe peuvent être douloureux, tandis que les troncs sont tout à fait indolents; j'ai vu la douleur bornée à la face dorsale du pied. Tantôt, au lieu des douleurs névralgiques sur le trajet des nerfs du membre, la malade accuse de la pesanteur, de l'engourdissement, une diminution de la sensibilité, un état qui se rapproche plus ou moins d'une paralysie complète. Il y a parfois de l'œdème et des douleurs dans les faisceaux musculaires. »

Brown Sequart, Tarnier, le docteur Jules Simon (dans sa

thèse sur les maladies puerpérales), parlent aussi du facteur traumatique.

Mais pour voir les faits bien exposés et détaillés, il faut la thèse de Bianchi (Paris, 1867). Ce dernier, passant en revue les différents facteurs incriminés précédemment, les élimine, et, basant ses conclusions sur cinq observations, incrimine uniquement le traumatisme de l'accouchement et le forceps dans les paralysies *post partum* des membres inférieurs.

Puis Lefèvre, dans sa thèse (Paris, 1876), tout en continuant d'incriminer le traumatisme, va plus loin : il précise que ces paralysies limitées au domaine du sciatique poplité externe sont dues à la compression du tronc lombo-sacré par la tête fœtale au niveau du détroit supérieur, le tronc lombo-sacré donnant des filets nerveux au sciatique poplité externe et au nerf fessier supérieur, ces deux nerfs étant atteints dans les cas de paralysies *post partum*.

En 1887, Vinay publie des faits dans le même sens que Lefèvre. Georges Leclerc rangea ces paralysies en deux catégories : les unes sous la dépendance de l'infection, les autres dues au traumatisme.

M. le Professeur Andérodias, publiant deux observations, accuse un processus infectieux. Les docteurs Balard et M. Rivière accusent l'infection également par un *locus minoris resistenciæ* dû à un léger traumatisme.

Pour le docteur Withman, il s'agit de faits ayant pour cause une compression du plexus à l'intérieur du bassin due à la longueur du travail et à la vulnérabilité particulière du tronc lombo-sacré quand il croise le détroit supérieur.

Crauzon invoque l'infection, favorisée par le traumatisme obstétrical. Kleimberg inculpe le traumatisme et le forceps.

Enfin, tout dernièrement, Nerson (1930) accuse le prolongement du travail sans parler du forceps.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

Ayant passé en revue l'opinion des différents auteurs, nous voudrions essayer de déterminer la cause de ces paralysies, leur mécanisme de production.

Nous allons tout d'abord faire l'étude du plexus sacré, et tout particulièrement du tronc lombo-sacré, puis du nerf sciatique poplité externe, sa distribution et la provenance de ses filets nerveux.

Nous dirons ensuite ce que nous avons observé sur le cadavre d'une femme après avoir disséqué ses deux plexus sacrés et mis une tête foetale dans les diverses positions qu'elle peut occuper dans le bassin.

I. — Etude anatomique.

Pour nous faire une idée exacte du plexus sacré, du nerf sciatique poplité externe, de sa distribution, des racines rachidiennes, qui lui donnent des filets nerveux, nous avons consulté : Testut, Poirier, Hovelacque, derrière l'autorité desquels nous nous retranchons.

A. — LE PLEXUS SACRÉ.

Le plexus sacré est formé par le tronc lombo-sacré et les branches antérieures des quatre premières paires sacrées. Dans sa constitution, il y a des variations; il est dit haut

ou bas selon qu'il se termine à la première ou à la cinquième paire sacrée. Il a une forme triangulaire.

Nous allons étudier sa forme la plus fréquente.

Le tronc lombo-sacré est formé par une branche de la quatrième paire lombaire et par la cinquième. Il se porte obliquement en bas, en dehors et un peu en avant.

La racine supérieure du tronc lombo-sacré descend sur la face antérieure de la cinquième apophyse costiforme.

La cinquième paire lombaire se dirige en bas et en dehors, le long du ménisque articulaire, et atteint l'aileron sacré. Les deux racines s'unissent sur l'aileron sacré, souvent près de son bord postérieur.

Le tronc glisse sur la face supérieure de l'aileron sacré, puis il oblique en bas et en dehors. Il atteint et double le détroit supérieur en dedans de l'articulation sacro-iliaque et plonge dans le bassin, croisant la face antérieure de l'articulation à 1 centimètre ou 1 cm. $\frac{1}{2}$ au-dessous du détroit supérieur. Puis il va s'appliquer sur le pyramidal et atteint le bord antérieur de la grande échancrure sciatique. Chemin faisant, il donne naissance au nerf fessier supérieur.

Les quatre premières paires sacrées antérieures, dès leur issue des trous sacrés antérieurs, vont reposer sur le pyramidal et, se dirigeant en bas, en dehors, et légèrement en avant, vont s'unir au tronc lombo-sacré pour former le plexus.

Seul le tronc lombo-sacré répond dans une bonne partie de son trajet au squelette. Les racines sacrées en sont séparées par le muscle pyramidal.

En avant, le plexus sacré est recouvert par l'aponévrose du pyramidal, prenant part à l'aponévrose pelvienne particulièrement mince à ce niveau (Hovelacque insiste sur ce point, démontré par Farabeuf).

Par ce feuillet aponévrotique, le plexus est en rapport avec les vaisseaux et les organes pelviens en avant.

En dedans, le plexus est en rapport avec la chaîne sympathique, avec laquelle il y a échange d'anastomose.

B. — LE NERF SCIATIQUE POPLITÉ EXTERNE.

Le nerf sciatique poplité externe, branche de bifurcation externe du grand nerf sciatique, prend naissance au niveau de l'angle supérieur du creux poplité et s'étend de là jusqu'à la tête du péroné.

Dans son trajet, oblique de haut en bas et de dedans en dehors, il longe le tendon du biceps crural, croise le condyle externe du fémur, passe ensuite derrière la tête du péroné, contourne en spirale le col de cet os, et là, dans l'épaisseur du long péronier latéral, bifurque, donnant ses deux branches terminales : le musculo-cutané et le tibial antérieur.

Par ses collatéraux, ce nerf donne des filets au côté externe de l'articulation du genou, pour la région calcanéenne et des malléoles, la face externe de la jambe; il donne également des filets moteurs pour l'extenseur commun des orteils et le jambier antérieur.

Par ses branches terminales, il va innerver les muscles longs et courts péroniens latéraux. Les malléoles, les-sept premiers collatéraux dorsaux et la région dorsale du pied (nerf musculo-cutané). Il innerve encore les muscles : jambier antérieur, extenseur commun des orteils, extenseur propre du gros orteil, péronier antérieur, pédieux, par le tibial antérieur, qui s'anastomose au musculo-cutané pour donner les deux premiers collatéraux dorsaux.

C. — PROVENANCE DES FIBRES NERVEUSES DU NERF SCIATIQUE
POPLITÉ EXTERNE.

Ayant résumé l'anatomie du plexus sacré et du nerf sciatique poplité externe, nous allons énumérer la provenance des différents filets nerveux constituant le nerf sciatique poplité externe.

Les fibres motrices proviennent :

- pour le jambier antérieur : L.IV;
- pour l'extenseur propre du gros orteil : L.IV-L.V;
- pour l'extenseur commun des orteils : L.IV-L.V;
- pour les péroniers latéraux : L.V-S.I.

Les fibres sensitives viennent de S.I. et S.II. Elles président à la sensibilité de la face antéro-externe de la jambe, une partie de la face postérieure, la face dorsale du pied, sauf le bord interne.

II. — *Etude expérimentale.*

Nous allons maintenant essayer d'expliquer par quel mécanisme il peut y avoir un traumatisme du plexus sacré à l'intérieur du bassin au cours d'un accouchement, ou si le traumatisme ne peut pas avoir lieu directement sur le nerf sciatique poplité externe à l'endroit où il est vulnérable à la tête du péroné. Nous examinerons également si un processus infectieux ne pourrait pas agir pour occasionner des troubles paralytiques dans le territoire de ce nerf.

A. — LÉSION DIRECTE DU NERF SCIATIQUE EXTERNE.

Il nous est permis de nous demander si, au cours des accouchements pour lesquels on maintient la femme en position obstétricale à l'aide d'attelles porte-jambes, il ne pourrait y avoir une lésion du nerf sciatique poplité externe au niveau de la tête du péroné. La paralysie de ce nerf par compression de bandes molletières à ce niveau a été signalée pendant la guerre sur des soldats. Mais en raisonnant, on s'aperçoit qu'il faut écarter cette hypothèse, car, si en obstétrique on se sert parfois d'attelles, c'est pour les versions, les forceps et les sièges; or, dans ce dernier cas, on n'a pas signalé de paralysies.

D'autre part, les attelles sont surtout employées en gynécologie et en chirurgie générale. Là encore il n'y a pas, à notre connaissance, de désordres nerveux signalés consécutivement à ces interventions.

B. — PROCESSUS MÉCANIQUE.

Nous avons cherché comment, au cours d'un accouchement, les racines rachidiennes antérieures, qui vont donner des filets nerveux pour former le nerf sciatique poplité externe, c'est-à-dire les quatrième et cinquième paires lombaires et la première sacrée, peuvent être contusionnées au cours de l'accouchement.

Ayant disséqué les deux plexus sacrés d'un cadavre de femme, nous avons présenté une tête fœtale dans les diverses variétés de position de la présentation du sommet.

Dans le cas d'une occipito-iliaque gauche antérieure, la tête, en descendant dans l'excavation, fait une rotation en avant de 45 degrés.

En faisant faire cette rotation interne à une tête fœtale, dans le bassin que nous avons disséqué, nous voyons, quand la rotation commence trop haut, la bosse frontale gauche du fœtus coincer le tronc lombo-sacré droit de la mère, au moment où il croise l'articulation sacro-iliaque. Le tronc lombo-sacré n'est pas seulement coincé par la bosse frontale; il est attiré de dehors en dedans par le mouvement de rotation tirillant son anastomose avec la première racine antérieure sacrée.

En mettant la tête fœtale en occipito-iliaque gauche postérieure, suivant que la rotation que nous imprimons est antérieure ou postérieure, nous observons un processus différent.

Toujours, dans les cas de rotations élevées, nous voyons : dans le cas d'une rotation en avant, le tronc lombo-sacré gauche tirillé par la bosse temporale gauche du fœtus, il est entraîné par le mouvement de rotation, il se tend comme une corde de violon sur son chevalet, ce dernier, représenté par la ligne du détroit supérieur, cela au début de la rotation. Puis à la fin de la rotation, la bosse frontale gauche vient à son tour contusionner le tronc lombo-sacré droit comme dans le cas précédent, mais à peine, car la tête est descendue plus avant dans l'excavation.

Quand la rotation est postérieure, la tubérosité occipitale du fœtus traumatise le tronc lombo-sacré sur l'articulation sacro-iliaque gauche de la mère, de dehors en dedans, tiraillant les anastomoses de ce dernier avec la première racine antérieure sacrée.

Dans les positions droites, nous avons le même mécanisme.

Nous concluons donc que, dans les positions postérieures, le traumatisme peut être bilatéral, avec prédominance de la lésion du côté de la position si la rotation se fait en avant, lésion unilatérale et de même nom que la position si la rotation se fait en arrière.

Dans les positions antérieures, la lésion est unilatérale et de nom contraire à la position.

Enfin, au cours de notre expérimentation, nous n'avons jamais vu que le tronc lombo-sacré puisse être traumatisé par la tête fœtale, au niveau du détroit supérieur, comme le pensait Lefebvre. De fait, l'éperon formé par le promontoire le garantit de toute compression.

Après nos expériences sur le cadavre, il nous semble que l'on puisse admettre qu'au cours d'un accouchement difficile, soit du fait d'un vice de conformation du bassin ou d'un développement exagéré de la tête fœtale, la descente de la tête se fait mal, cette tête descendant en se vissant pour ainsi dire dans l'excavation. Ce mouvement de rotation commencé trop haut pourra occasionner un traumatisme du tronc lombo-sacré et, par lui, à la première racine sacrée antérieure par un mécanisme analogue à celui que nous avons observé dans nos expériences. Traumatisme déterminant de petites hémorragies dans le tronc nerveux ou même la rupture de certains filets nerveux, lésions qui suffisent pour expliquer les troubles observés.

Dans ce sens le forceps agirait non pas en blessant lui-même le tronc lombo-sacré, mais en précipitant les choses et en faisant commencer trop haut la rotation.

Ce mode de production des lésions nous paraît d'autant plus rationnel qu'un fait d'observation courante vient le confirmer.

Tous les accoucheurs ont souvent remarqué, au cours d'applications de forceps, sous anesthésie générale, des mouvements brusques, saccadés, dans les jambes de la parturiente, mouvements que l'on peut comparer à ceux produits au bras lorsque l'on touche le nerf cubital au niveau du coude. A quoi attribuer ces mouvements indépendants de la volonté si ce n'est à une excitation mécanique des troncs nerveux par la tête fœtale lors de son passage.

A l'appui de ce que nous avançons, nous ferons remarquer que, dans 13 observations où l'on indique la durée de l'accouchement, l'on a une durée supérieure à trente-six heures dans dix cas, dans certains même une durée oscillant entre trois et six jours (obs. III; VIII, XII, XVIII, XIX).

Dans dix-sept cas, il fut fait usage du forceps. Dans l'observation II, il y eut une version accompagnée de tractions telles qu'elles entraînèrent la rupture du rachis.

De plus, si nous remarquons les observations où il est fait mention de la position du fœtus, nous avons :

Obs. I. — Tête en G. T. : paralysie gauche.

Obs. VII. — Tête en D. T. : paralysie droite.

Obs. X. — Tête en D. T. : paralysie droite.

Obs. XI. — Tête en O. I. G. P. : paralysie gauche.

Obs. XIV. — Tête en O. I. G. A. : paralysie droite.

Obs. XVIII. — Tête en O. I. G. A. : paralysie droite.

Obs. XX. — Tête en O. I. G. A. : paralysie droite.

Si nous voulons bien considérer que, dans les observations VII et X, où la tête est en D. T., il est fort probable qu'elle s'est engagée en O. I. G. P., cas de beaucoup le plus fréquent. L'on voit que sur 7 cas observés, dans 6 l'on a production de lésions dans le même sens que lors de nos expériences sur le cadavre, ce qui peut nous permettre de penser que, dans l'observation I, l'engagement s'est fait en G. P. et qui ramène à 100 pour 100 la vérification de notre expérimentation.

C. — PROCESSUS INFECTIEUX.

Pendant la guerre, on a souvent observé des paralysies cubitales dites des permissionnaires. Ces paralysies s'observaient chez des soldats qui, après de longs séjours dans les trains ou les gares, ayant dormi la tête posée sur leur coude replié, présentaient en même temps un mouvement fébrile. La contusion du nerf provoquée par cette fausse position prolongée n'expliquait pas la lésion, mais à ce léger traumatisme venait s'ajouter un élément infectieux, se développant à la faveur de la fatigue.

Pourquoi les choses ne se passeraient-elles pas d'une manière similaire dans le cas des paralysies *post partum* du nerf sciatique poplité externe ? Les racines nerveuses, plus ou moins traumatisées pendant un accouchement, seraient l'objet d'une localisation infectieuse au cours d'une infection puerpérale même légère. Il n'y aurait pas un processus infectieux pur, mais un complexe traumatico-infectieux.

Il ne me semble pas, en effet, que l'infection vienne frapper sans causes déterminantes les filets nerveux du sciatique poplité externe.

D'autant plus que l'infection maternelle s'observe de beaucoup avec plus de fréquence dans les fausses couches. Or, jamais paralysie ne fut signalée à leur suite. Seul Potel, en 1903, en signale un cas, mais il s'agissait d'une grossesse datant de six mois avec un fœtus hydrocéphale; de plus, il ne parle pas d'infection.

D'autre part, on observe parfois à la suite d'opération césarienne de l'infection, mais jamais on n'a signalé de paralysie dans leur complication, car la tête fœtale, n'ayant pas pénétré dans le bassin, n'a pas pu y déterminer de compression.

De plus, dans les observations X et XI, où nous notons le facteur infectieux, et où nous avons des variétés de positions postérieures, nous avons des troubles paralytiques de même nom que la position, ce qui vient à l'appui de notre

opinion de la localisation de l'infection sur les racines nerveuses plus ou moins atteintes par l'acte obstétrical.

Nous ferons encore remarquer que, dans l'observation X, la femme s'est plainte, au cours du travail, de douleurs dans le membre inférieur, preuve d'une action mécanique sur ses racines nerveuses.

Est-ce à dire que le facteur infectieux ne serait pas une cause déterminante ? Non, car si nous regardons les observations VII, X, XI, XII, XIX, où l'on note des suites de couches avec accidents infectieux, nous voyons les accidents paralytiques s'observer cinq à six jours, sept jours, quelques jours, quinze jours, un mois, après l'accouchement. Si l'action mécanique était déterminante, nous aurions, comme dans les autres cas, une paralysie immédiate.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

A. — LOCALISATION DES SYMPTÔMES.

Dans les vingt observations que nous avons colligées, nous relevons dans toutes une atteinte motrice et sensitive dans le territoire du nerf sciatique poplité externe.

De plus, dans les observations I, II, III, XVI, XX, nous notons des troubles sensitifs et même moteurs (obs. XX) dans la région fessière

De plus, Vinay (obs. XVIII) a observé des troubles paralytiques du tenseur du fascia lata.

Le nerf fessier supérieur étant une branche du tronc lombosacré, le tenseur du fascia lata recevant par le grand nerf sciatique des filets nerveux provenant du tronc lombosacré, il nous semble que l'on puisse aussi bien appeler les paralysies du sciatique poplité externe paralysies de type lombosacré.

B. — LES SYMPTÔMES OBSERVÉS.

Après un accouchement, on est amené à faire le diagnostic de paralysie du nerf sciatique poplité externe parce que la femme souffre de ses membres inférieurs. C'est alors qu'en examinant la région dont elle se plaint on observe la paralysie du pied.

Il existe des signes avant-coureurs pouvant faire redouter cet accident avant même que l'accouchement ne soit achevé : ce sont les douleurs observées au cours de l'expulsion dans les jambes (obs. I, II, III, IV, VII, VIII, X, XIII, XIV) et même dans la fesse (obs. I, II, III, XVI).

Après l'accouchement, les douleurs durent plusieurs jours, pouvant même se prolonger près de deux mois (obs. XX).

Les troubles paralytiques s'observent très rapidement (obs. I, III, IV, IX, XIII, XV, XVI, XVII, XVIII, XX), parfois quelques jours après, et même, dans un cas, un mois plus tard (obs. VII); on remarque alors un facteur infectieux.

Les troubles observés sont d'ordre moteur sensitifs-trophiques.

1° *Troubles moteurs.* — Le pied tombe se mettant en prolongement de la jambe; la malade ne peut le remuer; les orteils sont, eux aussi, immobiles

Rapidement, il se produit de l'atrophie musculaire.

L'examen électrique montre, au début, de la lenteur à la contraction et, au bout d'un certain temps, une réaction de dégénérescence.

Les muscles atteints sont toujours : le jambier antérieur, qui entraîne la chute du pied; l'extenseur propre et l'extenseur commun des orteils, entraînant eux aussi la chute du pied et la paralysie des orteils; les péroniers latéraux, déterminant l'affaissement de la voûte plantaire et l'abolition des mouvements d'abduction.

De tous les muscles, le jambier antérieur est le plus atteint.

Les fessiers subissent parfois de la paralysie (obs. XX), déterminant de l'atrophie de la fesse avec abaissement du pli fessier.

Vinay (obs. XVIII) a observé de la paralysie du tenseur du fascia lata.

A la démarche, quand elle est possible, on observe des troubles; la femme marche en steppant, le pied étant en adduction et la pointe en bas.

2° *Troubles sensitifs.* — Les troubles sensitifs sont de deux ordres : subjectifs et objectifs.

a) Les troubles subjectifs sont parfois observés dans le cours du travail (obs. I, II, III, V, VII, VIII, X, XIII); ils consistent en douleurs très intenses dans les membres inférieurs et parfois dans la fesse, douleurs si intenses qu'elles dominent celles de la parturition.

Après l'accouchement, les douleurs se localisent rapidement à la fesse (obs. I, II, III), mais surtout au tiers inférieur de la jambe, au dos du pied et au gros orteil.

Ces douleurs sont tantôt des fourmillements, tantôt des élancements, tantôt des picotements, tantôt des démangeaisons; elles ont parfois des paroxysmes nocturnes empêchant le sommeil (obs. XX).

b) Les troubles objectifs consistent en hypoesthésie à la piquûre dans le domaine du sciatique poplité externe.

Le sens tactile est conservé, parfois obtus. La sensibilité thermique est conservée.

3° *Les réflexes*. — Seuls les achilléens sont abolis du côté atteint, des deux côtés s'il y a une lésion bilatérale.

Dans un cas que nous avons nous-même observé, nous avons remarqué des troubles thermiques du côté lésé; ils consistent en hyperthermie du pied avec vaso-dilatation veineuse. De plus, dans cette même observation (XX), nous avons noté de l'atrophie de la plante du pied au niveau du talon antérieur, sous le gros orteil.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Thèse de LEFEBVRE.)

D..., 34 ans, V-pare.

Trois couches précédentes sans accidents. A la suite de la quatrième, terminée par une version, douleur dans la jambe gauche. 17 septembre 1872 : à terme, présentation du sommet en G. T.; pendant le travail, douleur dans la jambe gauche. Après vingt-quatre heures d'un travail pénible, application à plusieurs reprises de forceps; à chaque traction, douleur dans le membre inférieur gauche.

Après l'accouchement, douleurs très vives dans le membre inférieur gauche et dans la fesse gauche, douleurs qui se localisent très rapidement dans le pied, surtout le gros orteil du pied gauche.

Le pied est paralysé, retombe inerte sur le lit dans le prolongement de la jambe. Au bout de six semaines, essaye de marcher, ne le peut qu'avec des béquilles, la malade marche en steppant.

Au bout de deux mois, quitte l'hôpital, améliorée par des frictions excitantes, mais traîne toujours le pied en marchant.

En janvier 1874, accouche d'un garçon à terme, les suites de couches sont très bonnes.

OBSERVATION II.

(Thèse de LEFEBVRE.)

E..., 34 ans, VI-pare.

Les cinq couches précédentes avaient été faciles. Grossesse actuelle : jambes enflées, perte de l'appétit, vomissement, état de faiblesse assez prononcé pendant les sept premiers mois.

Début du travail, 25 octobre 1872, accompagné de vives douleurs dans la fesse et le membre inférieur gauche, présentation du sommet avec enfant hydrocéphale. Version suivie de tractions immodérées amenant la rupture du rachis. Pendant les tractions, douleurs dans la jambe et la fesse gauches.

La tête fut extraite après perforation de la base du crâne, à l'aide d'un crochet.

Les jours suivants, prostration profonde, était incapable de mouvoir ses jambes, se plaignait de douleurs continues avec exacerbation dans la fesse et le membre inférieur gauche, douleurs qu'elle localise vite dans le pied et le gros orteil gauches.

Le 10 novembre, veut absolument sortir, son état était stationnaire. La sensibilité et la motilité abolies.

Malade revue en avril 1873, marchait avec une canne, mais en boitant; elle steppait fortement. Atrophie de la jambe gauche; sensibilité obtuse de la loge antéro-externe. Le pied est toujours froid, comme engourdi. A l'examen électrique, les muscles, jambier antérieur, extenseur commun, extenseur propre, péroniers, répondent à peine.

Revue le 26 juin, marche en steppant, mais sensibilité un peu moins obtuse.

En juillet 1874, accouche heureusement.

OBSERVATION III.

(Thèse de LEFEBVRE.)

M..., 20 ans, I-pare. Accouche à terme le 4 janvier 1874. Douleurs durant trois jours, enfant engagé depuis 24 heures quand on fit un forceps. Quatre prises; à la première, douleur violente dans le pied et le bas de la jambe droite. Après la première prise, perte de connaissance, fièvre, délire. Quand elle reprend ses sens, elle perdait ses urines et était paralysée du pied droit. Sensibilité altérée. Douleur spontanée le long de la jambe jusqu'à l'extrémité des orteils.

Trois mois plus tard, après traitement électrique, commence à marcher et à s'appuyer sur le pied droit.

Avril 1875, marche sans appui en steppant légèrement. Sensibilité obtuse sur le dos du pied et partie extérieure de la jambe droite.

OBSERVATION IV.

(Thèse de LEFEBVRE.)

R... (Marie), 21 ans, I-pare.

Accouchement d'un enfant, présentation du sommet, douleurs durant quarante-huit heures; l'enfant serait resté au détroit inférieur vingt-quatre heures; accouchement terminé aux forceps avec emploi de chloroforme (4 prises).

Pendant le travail, vives douleurs dans les deux jambes, surtout à droite, douleurs persistant après l'accouchement; de plus, fut paralysée, fut électrisée pendant neuf mois.

A l'examen, on note : paralysie des mouvements spontanés, des extenseurs communs et propres des orteils, du jambier antérieur et des péroniers. Elle marche en steppant.

Sa jambe droite est atrophiée, la sensibilité est diminuée.

OBSERVATION V.

(Thèse BIANCHI, empruntée à ROMBERG.)

Femme de 33 ans. Accouchée aux forceps, un travail pénible qui avait duré douze heures. Crampe dans la jambe gauche pendant le travail. Quinze jours après, vient à la consultation. Sensibilité normale à la jambe et cuisse gauche, diminuée sur le dos et la plante du pied du même côté. Elle traîne le pied en marchant, les mouvements volontaires sont difficilement exécutés.

Les veines sont variqueuses, et l'utérus en prolapsus. Guérie au bout d'un mois par des frictions à l'essence de térébenthine et l'administration d'extrait alcoolique de noix vomique.

OBSERVATION VI.

(Thèse de BIANCHI, empruntée à JACOUD.)

Chez une malade qui, depuis quatre heures, se plaignait d'un engourdissement dans la jambe gauche, bientôt remplacé par des

douleurs violentes sur le trajet du nerf sciatique. Il n'y eut pendant quelques jours que des troubles sensitifs, bientôt s'y joignit de la paralysie des muscles des orteils, avec anesthésie totale du pied et de la jambe.

OBSERVATION VII.

(Thèse de BIANCHI.)

M... (X...), 1-pare. Bassin normal.

Après trente-six heures de travail, tête toujours transverse, sans tendance à la rotation. Forceps placés sans douleur, mais aux premières tractions, douleur fulgurante dans toute l'étendue du membre inférieur gauche. Plusieurs prises n'arrivant pas à faire bouger la tête, le fœtus étant mort, on fait une craniotomie.

Phlegmentia alba dolens droite, puis gauche. Un mois après l'accouchement, on s'aperçoit que le pied gauche est inhabile et en extension forcée. La malade dit avoir été dans cet état après l'accouchement.

Revue cinq mois après, la jambe droite est saine, la cuisse gauche aussi, le pied gauche en extension forcée sur la jambe; léger œdème autour des malléoles.

Après un an de traitement électrique, la malade arrive à mouvoir ses 4 orteils.

OBSERVATION VIII.

(Thèse de BIANCHI.)

R... (Rosalie), 33 ans.

Bassin normal, présentation de la tête en D. T. Durée du travail, trois jours. Douleurs assez vives le troisième jour dans le membre inférieur droit. Application de forceps, les douleurs augmentent.

Peu à peu survient l'atrophie du membre inférieur droit avec gêne des mouvements des orteils; huit jours après perd ses urines.

A l'examen, atrophie du membre inférieur droit, chute du pied, inhabileté des orteils, engourdissements, gêne de la marche. Contractilité électro-musculaire très diminuée. Perte des urines par fistule vésico-vaginale.

Après deux mois d'électrisation intermittente, la malade sort, marchant plus facilement, remuant son pied et ses orteils.

OBSERVATION IX.

(Thèse de BIANCHI.)

C... (L.), 22 ans, I-pare.

Travail durant trente-quatre heures; après un forceps assez simple, on retira un enfant volumineux.

Après l'accouchement, la malade ne sentit plus ses jambes, qui étaient engourdies, inertes, puis vinrent des élancements, picotements; jamais de douleurs lombaires.

Après huit jours, mouvement et sensibilité reviennent dans le membre droit; la jambe gauche reste flasque et paralysée.

Quand la malade voulut se lever, marche impossible : la jambe et le pied étaient paralysés. Trois mois plus tard, la marche était possible avec une canne.

Observée huit mois plus tard, on trouve : atrophie de 3 centimètres de la jambe droite. Dans le lit, jambe en demi-flexion, pied en extension. La flexion du pied est impossible.

Sous l'influence d'un traitement électrique, la paralysie régresse peu à peu. La malade marche toujours en boitant et se servant d'une canne.

OBSERVATION X.

(M. le Professeur ANDÉRODIAS, *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1919.)

X... (M.), 24 ans.

I-pare. Tête en O. I. D. T., bassin légèrement rétréci.

Au septième mois, douleur, fourmillement, engourdissement dans le tiers inférieur de la jambe droite.

Accouchement naturel, engagement difficile, expulsion facile. Infection amniotique. Douleur interne pendant le travail dans la jambe droite.

Pendant huit jours, température au-dessus de 38 degrés. Cinq

à 6 jours après l'accouchement, la malade veut se lever; elle ne le peut, elle est paralysée.

A l'examen, on voit : pied droit en extension et légère adduction; flexion volontaire du pied impossible; les deux premiers orteils immobiles; les autres offrent des ébauches de mouvement.

Examen électrique. — Hypoexcitabilité dans le domaine du nerf sciatique poplité externe. Pas de réaction de dégénérescence. Un mois après, les mouvements de flexion et de latéralité du pied sont revenus. Quitte l'hôpital; marche en steppant un peu.

OBSERVATION XI.

(M. le Professeur ANDÉRODIAS, *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1919.)

Mme X..., 23 ans, II-pare.

Tête en O. T. G. T. Au bout de quarante-huit heures de travail, tête en O. I. G. P. Forceps en O. P. Enfant de 4 kg. 250.

Pendant deux jours, la température oscille entre 38-39 degrés. Sept jours après, on constate une impotence fonctionnelle complète de la jambe gauche avec des fourmillements déjà ressentis dès le premier soir. Pied en extension, flexion impossible; mouvement de latéralité diminué. C'est le domaine du S. P. E. qui est atteint. La malade marche en steppant.

Un mois plus tard, les mouvements sont en partie revenus. La marche est possible sans appui.

OBSERVATION XII.

(P. BALARD et M. RIVIÈRE, *Bull. de la Soc. d'obst. et gyn.*, 1920.)

Femme de 26 ans, I-pare.

Travail durant six jours. Sous chloroforme. Forceps sur une tête. Des gaz sortent sous pression de l'utérus; il y a des pertes putrides. Un second fœtus extrait par version. Délivrance artificielle.

Suite fébrile. Quelques jours après, parésie du membre inférieur droit, surtout dans le territoire du sciatique poplité externe. Les

péroniers sont absolument inertes. Les phénomènes se localisent en quarante-huit heures dans le territoire de ce nerf.

Trois semaines plus tard, ces phénomènes ont régressé; la malade quitte le service.

Vue deux mois après l'accouchement : Plus de troubles moteurs, seulement un peu d'hypoesthésie de la face dorsale du pied correspondant.

OBSERVATION XIII.

(Docteurs A. FRUBINSHOLZ et L. CONIEL, *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, févr. 1928.)

Mme B..., 28 ans, III-pare.

Après vingt-quatre heures de travail, inertie utérine. Tête en O. P. dans l'excavation. On fait un forceps. Douleurs très violentes dans tout le membre inférieur gauche dès l'articulation. Douleurs qui persistent pendant l'extraction. Enfant de 3 kg. 500. Durant quinze jours, les douleurs persistent, puis déclinent et disparaissent le vingt-cinquième jour.

Première semaine : Température, 37°4-37°8. Peu après l'accouchement, paralysie du pied et des orteils. Se lève trois semaines après; steppage du pied.

Revue trois mois après : Steppage du pied gauche par paralysie du jambier antérieur. Réflexe achilléen aboli, rotulien aboli à gauche. Hypoesthésie, hypoalgésie dans le territoire de L. V. et S. I.

Examen électrique. — Normal, sauf pour jambier antérieur, présentant de l'hypoexcitabilité, et réaction de dégénérescence. Un mois plus tard, même état.

OBSERVATION XIV.

(NERSON, *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, sept. 1930.)

Mme B... (L.), V-pare, 37 ans.

Bassin limite inférieure de la normale. Durée de l'accouchement, douze heures. Tête en O. I. G. A.; dégagement en quel-

ques secondes. Enfant à grosse tête. Durant la fin de l'accouchement, douleurs dans le membre inférieur droit, qui persistent quelques jours après l'accouchement.

Levée huit jours après; troubles de la marche occasionnés par chute du pied droit, paralysie du pied et des orteils.

Pas de modification à l'examen électrique.

Hypoesthésie du pied droit; réflexe achilléen aboli à droite.

OBSERVATION XV.

(KLEIMBERG, *Surg. gyn. obst.*, 1921.)

R... (Pearl), 28 ans, I-pare.

Bassin normal. Tête engagée; forceps, puis craniotomie sous anesthésie; fœtus de 6 kilos. Au réveil, douleur dans les deux jambes et le pied. Ne peut remuer les membres inférieurs.

Peu de jours après, paralysie limitée aux deux pieds. La paralysie gauche disparaît rapidement. Le pied droit étant toujours en extension, on pose un appareil plâtré à la cheville.

Cinq mois plus tard, souffre de ses deux jambes, a toujours le pied droit tombant. Atrophie de 25 millimètres de la jambe droite et paralysie complète de la loge antéro-externe de la jambe, dans le domaine du sciatique poplité externe.

Dix-sept mois plus tard, améliorée; plus de douleurs, réaction de dégénérescence du nerf sciatique poplité externe droit. Deux ans après, les mouvements reparaissent dans l'extenseur commun des orteils et les péroniers. Paralysie complète du jambier antérieur et de l'extenseur propre du gros orteil.

OBSERVATION XVI.

(KLEIMBERG, *Surg. gyn. and obs.*, 1927.)

Mme R..., 23 ans, I-pare.

Bassin généralement rétréci et aplati. Après trente-six heures de travail, forceps sous anesthésie. A son réveil, froid et fourmillement dans le membre inférieur gauche. Le troisième jour, grande douleur dans la fesse, la jambe et le pied gauches.

Dix-sept jours après, douleur marquée sur le côté externe de la jambe et du pied gauches. Vagues douleurs à droite. Il y a chute du pied corrigée vingt jours après par un plâtre.

Deux mois après, douleur à peu près disparue; la marche est passable. Le jambier antérieur est paralysé; les autres muscles affaiblis; atrophie du membre inférieur gauche.

Sept mois plus tard, ne souffre pas, mais a de l'engourdissement. Le nerf sciatique poplité externe est régénéré.

Un an après, ne boîte plus; la seule séquelle est de l'atrophie de la cuisse et de la jambe gauches; abolition du réflexe achilléen gauche.

OBSERVATION XVII.

(R. WITHMAN, *Surg. gyn. and obst.*, 1921.)

Malade de 43 ans, X-pare.

Couches précédentes très faciles. Travail trente-six heures, terminé au forceps; enfant 4 kg. 600. Suites de couches apyrétiques. A son retour au lit, la patiente souffrait des deux jambes; le pied gauche était paralysé. Essaie de se lever au bout de huit jours, ne peut marcher à cause de la chute du pied.

Au bout d'un mois, marche aidée de quelqu'un en traînant le pied gauche. On observe de la paralysie de l'extenseur commun du jambier antérieur et des péroniers. Pas de trouble de la sensibilité; réflexes normaux.

On installe une attelle pour maintenir le pied. Trois mois plus tard, on a : paralysie du sciatique poplité externe d'un type parfait, cliniquement et électriquement.

OBSERVATION XVIII.

(C. VINAY, *Rev. de méd.*, 1887.)

D... (Adelaïde), 32 ans, II-pare.

Le travail dure trois jours. O. I. G. A. Forceps sous anesthésie. Dès le lendemain, remarque que son pied droit est paralysé. Huit jours après, on a chute de la pointe du pied, qui reste immobile par la paralysie des muscles jambier antérieur, extenseur com-

mun et extenseur propre. A la cuisse, paralysie du tenseur du fascia lata.

Soignée par électricité, bains, massages.

Un mois après, quitte le service, considérée comme guérie.

OBSERVATION XIX.

(O. CRAUZON, M. CACTERAU, J. CHRISTOPH, *Soc. de neurol.*, 1926.)

Mme S..., 32 ans, consulte pour paresse de la jambe droite, reliquat de troubles paralytiques étendus aux deux jambes, survenus quatre ans auparavant après un accouchement.

I-pare. Accouchement dystocique; durée du travail, quatre jours. Extraction d'un fœtus de 6 kilos au forceps. Pendant la traction, douleurs violentes dans les deux pieds et le tiers inférieur des jambes. Douleurs qui durent cinq à six jours. Deux jours après, mouvements fébriles durant huit jours.

Au bout de quinze jours veut se lever, s'aperçoit qu'elle est paralysée des deux jambes.

La paralysie gauche disparaît rapidement, la droite persiste, obligeant la marche avec les béquilles.

Nouvelle grossesse un an après, terminée sans accident. Actuellement, quatre ans après, on note : chute légère du pied droit, flexion légère du gros orteil, diminution de la concavité de la voûte plantaire et atrophie de la jambe droite.

Parésie de la loge antéro-externe de la jambe droite, démarche en steppant, réflexe achilléen aboli, douleur passagère dans la fesse droite et fourmillement dans le pied droit. Paralysie motrice dans le domaine du sciatique poplité externe.

OBSERVATION XX (*Personnelle*).

Mme X..., 23 ans, I-pare, bassin rétréci. A terme. Grossesse sans incident. La tête est en O. I. G. T.

Début du travail le 30 août, à 20 heures. La poche des eaux se rompt à 22 heures. Les douleurs sont fortes, régulièrement rapprochées, mais la dilatation avance peu.

Le samedi 31, à 11 heures, la dilatation n'est pas encore complète; l'utérus fait de la contracture. On décide un forceps sous chloroforme à domicile au D. S. Le médecin de famille échoue dans sa tentative. On transporte la malade dans une clinique à Bordeaux, où le Docteur Ballard réussit l'extraction du fœtus, qui fut difficile et nécessita trois prises consécutives.

L'enfant ne vit pas, ayant une fracture du crâne.

Suites de couches apyrétiques.

A son réveil du chloroforme, la patiente a les deux membres inférieurs paralysés, elle ne peut faire le moindre mouvement.

Dès le lendemain 1^{er} septembre, la malade se plaint de fourmillements dans ses deux jambes et ses deux pieds, fourmillements qui vont s'accroître de jour en jour, la malade ne peut pas supporter le contact des draps.

La paralysie du membre inférieur gauche régresse et disparaît en quarante-huit heures, de même pour la cuisse droite. Mais la jambe, et surtout le pied, restent paralysés; ce dernier se met en prolongement de la jambe, les orteils ne peuvent remuer.

Le 10 septembre : Les douleurs de la jambe droite ont diminué, après avoir atteint un paroxysme, mais celles de la jambe et du pied gauches augmentent d'intensité. Fourmillement, picotement, élancement. Le 13, la malade quitte la clinique.

Le 20 : Essai de marche en donnant le bras. La jambe droite se dérobe, steppage très accentué.

Les douleurs du pied gauche, surtout dans la région du gros orteil, s'accroissent toujours; le sommeil en est empêché. Cet état donne à la malade un état d'énervement assez prononcé, pour lequel on donne du bromure.

Le 10 octobre : Les douleurs persistent toujours, l'excitation nerveuse également; on observe aussi de la dilatation des veines du pied avec élévation locale de la température et rougeur. On administre alors du gardénal et, localement, des onctions de la région avec un liniment au chloroforme et baume tranquille, et des bains de pieds chauds.

La paralysie fait une très légère régression; la malade peut remuer ses doigts de pied, mais pas encore son pied lui-même. On

tient à ce que, en dehors d'un peu de marche quotidienne, plusieurs fois par jour, elle s'exerce à remuer ses orteils et à essayer de faire jouer ses articulations du cou-de-pied.

Un examen pratiqué ce jour-là montra : anesthésie à la piqûre dans le domaine du S. P. E., des deux côtés. Sensation de tact conservée. La malade différencie le chaud du froid.

Réflexes rotuliens conservés. Achilléens abolis, cutanés plantaires en flexion.

Le 10 novembre : Les douleurs ont disparu à peu près complètement, la paralysie régresse, la malade marche en boitant un peu.

Un examen électrique montra :

Paresse à la contraction des muscles : extenseur du gros orteil, extenseur commun des orteils, jambier antérieur à droite.

La jambe droite présente une atrophie de 2 centimètres. Dans la station debout, à remarquer l'abaissement du pli fessier droit, résultant d'une atrophie des muscles correspondants.

De plus, le talon antérieur du pied gauche a perdu son relief au niveau du gros orteil.

Mars 1931 : La malade ne présente plus aucune gêne de sa paralysie. Seule persiste de l'hypoesthésie à la piqûre et l'abolition des réflexes achilléens.

CONCLUSIONS

I. — Les paralysies du sciatique poplité externe *post partum* résultent d'une atteinte du tronc lombo-sacré et de la première racine sacrée antérieure par une action mécanique dans 80 p. 100 des cas, traumatico-infectieuse dans 20 p. 100.

II. — Le traumatisme se produit à la faveur d'une mauvaise rotation de la tête occasionnée soit par un bassin rétréci, soit par une tête anormalement développée.

III. — Le forceps n'agit pas en tant qu'instrument contondant, mais en modifiant le mouvement normal de rotation de la tête.

IV. — La lésion est de nom contraire à la variété de position dans les antérieures, de même nom dans les postérieures.

V. — La paralysie s'observe parfois des deux côtés, mais rétrocede rapidement de l'un pour se maintenir de l'autre.

VI. — L'injection n'est pas une cause efficiente à elle seule, il lui faut le traumatisme obstétrical prédisposant.

VII. — Le pronostic est bénin *quoad vitam*, mais quant à la régénération, il dépend de l'importance des lésions, la guérison survenant dans un délai variant de un mois à quatre ans.

L'éventualité d'une rechute lors d'un accouchement ultérieur n'est pas à craindre.

VIII. — Comme traitement, il faudra faire un traitement symptomatique de la douleur d'une part et éviter l'atrophie musculaire et la dégénérescence musculaire par le travail des muscles sous l'influence d'excitations électriques et mécaniques.

Il sera, parfois, bon de placer une attelle amovible pour maintenir le pied à angle droit, afin de faciliter la marche.

VU : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. ANDERODIAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 2 décembre 1931.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ADENOT. — Notes à propos de la paralysie traumatique par compression du plexus sacré pendant l'accouchement. *Lyon médical*, 1883; *Arch. d'obst. et de gyn.*, Paris, 1893.
- ANDÉRODIAS. — Deux cas de paralysies du sciatique poplitée externe après l'accouchement. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1919.
- AUCH. — Société d'obstétrique de Paris, février 1906.
- BALARD (P.) et M. RIVIÈRE. — Sur un cas de paralysie du membre inférieur qui apparut dans les jours qui ont suivi l'accouchement. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1920.
- BIANCHI. — Thèse Paris, 1867.
- CHARPENTIER. — Contribution à l'étude des paralysies puerpérales. Thèse Paris, 1872.
- CRAUZON (O.), M. CASTÉRAU et J. CRISTOPH. — Un cas de paralysie sciatique consécutive à un accouchement laborieux. *Soc. de neurol.*, février 1926.
- FRUHHINSHALZ et L. CORNIL. — Un cas de paralysie traumatique à type lombo-sacré dissocié d'origine obstétricale. *Bull. d'obst. et de gyn.*, février 1928.
- KLEINBERG. — Paralysie du sciatique obstétricale maternelle. *Surg. gyn. and obst.*, 1927, p. 61.
- LECLERC. — Paralysie du sciatique poplitée externe consécutive à un accouchement laborieux. *Lyon médical*, 1905.
- LEFEBVRE. — Thèse Paris, 1876.
- NERSON. — Névrite du nerf sciatique droit par traumatisme obstétrical. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, sept. 1930.
- PATEL. — *Lyon médical*, 1905.
- ROBINSON. — Polynévrites des suites de couches. *Journ. of gyn. and obst. The British Empir*, Manchester, 1922.

- SALMONDE. — Paralyse fonctionnelle des jambes pendant le travail. *Lancet*, 20 août 1927.
- SHULZ. — Paralyse traumatique du nerf sciatique poplitée externe après l'accouchement. *Centralblatt. für gynecologie*, nov. 1928.
- VINAY. — *Revue de médecine*, 1887.
- WITHMAN (R.-C.). — Paralyse obstétricale de la loge antéro-externe de la jambe. *Surg. gyn. and obst.*, 1921, p. 34.

